



PREGUNTAS FRECUENTES – SDS

TRAMITES Y SERVICIOS / SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

PREGUNTAS GENERALIDADES SDS/TRAMITES Y SERVICIOS

1. ¿Cuáles son los horarios de atención de la Secretaria Distrital de Salud?
2. ¿Cuál es el portafolio de trámites y servicios que ofrece la Secretaria de Salud a la ciudadanía?
3. ¿Cuáles son los puntos de atención de la Secretaria Distrital de Salud, sus direcciones y horarios?
4. ¿Cómo se hace para interponer una petición, queja o reclamo ante la Secretaria Distrital de Salud?
5. ¿Cómo diligencio el formulario de inscripción al Registro Especial de Servicios de Salud REPSS?
6. ¿Cómo se imprime el distintivo de habilitación?
7. ¿Cada cuanto debo realizar la renovación de la habilitación?
8. ¿Cuáles son los prestadores de servicios de protección radiológica autorizados para hacer los estudios?
9. ¿Como profesional de la salud, que debo hacer para acceder a una plaza para prestar mi servicio social obligatorio?
10. ¿Puedo renovar mi licencia de seguridad y salud en el trabajo en otra secretaria de salud o me toca obligatoriamente en donde la solicite por primera vez?”
11. ¿Qué profesiones en el Área de la Salud, realizan este trámite ante la SDS?
12. ¿En donde se puede realizar la adopción de perros y gatos en Bogotá?
13. ¿Donde se puede realizar la esterilización de perros y gatos?
14. Un ciudadano ¿puede llevar su perro o gato al Centro de Zoonosis para esterilizarlo?
15. ¿Cuántos perros o gatos puedo llevar a esterilizar?
16. Un ciudadano que no quiera o pueda tener a su mascota (perro o gato) en su lugar de residencia ¿puede llevarlo al Centro de Zoonosis para dejarlo en adopción?



ASEGURAMIENTO AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

GENERALIDADES

17. ¿Cuál es el objetivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud?
18. ¿Cómo está integrado el Sistema General de Seguridad Social en Salud?
19. ¿Cómo se accede al Sistema General de Seguridad Social en Salud?
20. ¿Cuáles son las funciones de las Entidades Promotoras de Salud?

AFILIACIÓN AL RÉGIMEN SUBSIDIADO

21. ¿Quiénes deben afiliarse al Régimen Subsidiado en Salud?
22. ¿Qué es el Sisbén?
23. ¿Qué debo hacer si no estoy de acuerdo con el puntaje obtenido?
24. ¿Cuál es el procedimiento para afiliarse al Régimen Subsidiado en Salud?
25. ¿Cómo se afilian las poblaciones especiales prioritarias?
26. ¿A partir de qué momento se hace efectiva la afiliación al Régimen Subsidiado en Salud y, por ende, el derecho a la prestación de servicios?
27. ¿Quiénes no tienen derecho de beneficiarse del Régimen Subsidiado en Salud?
28. ¿Cuáles son los beneficios por estar afiliado en el Régimen Subsidiado en Salud?
29. ¿En el Régimen Subsidiado hay lugar al pago de incapacidades o de licencias de maternidad y/o paternidad?
30. ¿En el Régimen Subsidiado en Salud se deben pagar cuotas moderadoras?
31. ¿En el Régimen Subsidiado en Salud se deben pagar copagos? ¿En qué casos se está exento de estos pagos?
32. ¿Cuánto deben pagar por copago los afiliados del nivel 2 del Sisbén?
33. ¿Qué son las cuotas de recuperación y la tarifa plena, y quienes deben pagarlas?
34. ¿Si ya me encuentro afiliado al Régimen Subsidiado en Salud con la metodología II y con la aplicación de la metodología III obtengo un menor o mayor puntaje al que tenía, hay lugar a que se ajuste el mismo de conformidad con la actual metodología?
35. Si no me encuentro afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud por no tener capacidad de pago para afiliarme al Régimen Contributivo, pero tampoco cumpla los requisitos para beneficiarme del Régimen Subsidiado, ¿cómo me garantizan la prestación de servicios de salud que llegue a requerir?



TRASLADO DE EPS

36. ¿Qué es el período mínimo de permanencia en una EPS para poder trasladarme?
37. ¿Qué otros requisitos adicionales al período de permanencia se le exigen a un afiliado para poder trasladarse de EPS?
38. ¿Qué debo hacer si cambio mi lugar de residencia junto con mis beneficiarios o con mi núcleo familiar y en el nuevo municipio no opera la EPS a la cual me encuentro afiliado?
39. ¿En caso de traslado de EPS hasta cuándo es responsable la Entidad actual de garantizar los servicios de salud que se demanden y desde cuándo debe brindarlos la nueva Entidad Promotora de Salud?
40. ¿Cómo opera el traslado de EPS?

PORTABILIDAD

41. ¿Qué es la portabilidad?
42. ¿A partir de cuándo entró en vigencia el Decreto 1683 de 2013, por medio del cual se reglamentó la portabilidad?
43. ¿En qué circunstancias opera la portabilidad?
44. ¿Qué es la emigración ocasional?
45. ¿Qué es la emigración temporal?
46. ¿Qué pasa si la emigración temporal supera los doce (12) meses?
47. ¿Qué es la dispersión del núcleo familiar?
48. ¿Cuando la emigración es permanente para todo el núcleo familiar se aplica la portabilidad o el traslado de EPS?
49. ¿Cómo se va a garantizar la portabilidad?
50. ¿Cómo puedo solicitar mi derecho a la portabilidad?
51. ¿Qué debe contener la solicitud de portabilidad?

MOVILIDAD ENTRE EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO Y EL RÉGIMEN SUBSIDIADO

52. ¿Cuál es el objeto del Decreto 3047 del 27 de diciembre de 2013, por medio del cual se establecen las reglas sobre movilidad entre regímenes para afiliados focalizados en los niveles I y II del Sisbén?
53. ¿El Decreto 3047 de 2013 movilidad entre regímenes (subsidiado-contributivo) aplica a todos los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud?



54. ¿Cómo opera la movilidad en el caso de estar afiliado al Régimen Subsidiado y adquirir capacidad de pago o vinculación laboral que imponga la obligación de cotizar al Régimen Contributivo?
55. ¿Cómo se hacen los aportes de los afiliados al Régimen Subsidiado que pasan al Régimen Contributivo, permaneciendo en la misma EPS del Régimen Subsidiado?
56. ¿Qué trámite se debe realizar para hacer efectiva la movilidad?
57. ¿Las EPS del Régimen Subsidiado deben reconocer prestaciones económicas a las personas que tengan afiliadas en el Régimen Contributivo?
58. ¿Las EPS del Régimen Subsidiado deben reconocer la prestación de servicios en casos de accidente de trabajo y/o enfermedad laboral a las personas que tengan afiliadas en el Régimen Contributivo?
59. ¿Cuál es la diferencia entre movilidad y traslado?

AFILIACIÓN AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

60. ¿Quiénes deben afiliarse al Régimen Contributivo en Salud?
61. ¿Cómo se realiza la afiliación al Régimen Contributivo?
62. ¿A cuáles miembros de la familia se puede afiliar en calidad de beneficiarios en el Régimen Contributivo?
63. ¿Se puede afiliar a otras personas distintas a las anteriores?
64. ¿Cómo se hace la afiliación del recién nacido?
65. ¿Se debe pagar UPC adicional cuando se trata de recién nacidos de hija beneficiaria del cotizante?
66. ¿Qué pagos deben realizar las personas afiliadas al Régimen Contributivo en materia de salud?
67. ¿Cuál es el porcentaje de cotización al Sistema General de Seguridad Social en materia de salud y pensión?
68. ¿Qué son las cuotas moderadoras y quiénes deben pagarlas?
69. ¿Se deben pagar cuotas moderadoras por atención inicial de urgencias?
70. ¿Qué son los copagos y quiénes deben pagarlos?
71. ¿En qué casos deben pagarse copagos?
72. ¿Cuál es el valor de los copagos y de las cuotas moderadoras?
73. ¿Cuáles son los beneficios por estar afiliado al Régimen Contributivo en Salud?
74. ¿Se pueden exigir periodos mínimos de cotización para la atención de las enfermedades?
75. ¿En qué consiste el período de protección laboral?
76. ¿En qué casos se puede suspender la afiliación al SGSSS?
77. ¿Las EPS pueden cobrar multas por inasistencia a citas médicas programadas?
78. ¿En qué casos se pierde la antigüedad?



NUEVO MODELO DE REMUNERACIÓN

79. *¿Qué es el nuevo modelo de pago o remuneración?*
80. *¿Para cuáles actividades finales aplica este nuevo modelo de pago?*
81. *¿Cuál es el objetivo central del nuevo modelo de pago o remuneración?*
82. *¿A qué poblaciones y aseguradoras aplica el nuevo modelo de remuneración o pago?*
83. *¿Cómo se articula el nuevo modelo de remuneración con el Plan Territorial de Salud?*
84. *¿Qué beneficios trae para el usuario/comunidad este nuevo modelo de remuneración?*
85. *¿Qué beneficios trae esta nueva forma de pago para las 4 Subredes Integradas de Servicios de Salud?*
86. *¿Qué beneficios trae esta nueva forma de pago para Capital Salud y el FFDS, es decir para los Aseguradores?*
87. *¿Qué mecanismos establece el nuevo modelo de remuneración para que las 4 Subredes logren la eficiencia planteada?*
88. *¿Cómo se calcularon los valores estimados en el Nuevo Modelo de remuneración?*
89. *¿Sobre qué indicadores se evaluará el cumplimiento de las Subredes para reconocer incentivos monetarios?*
90. *¿Todas las actividades en salud se pueden pagar a través de este nuevo modelo de remuneración?*
91. *¿Cómo se hará el pago de las actividades que no se pueden pagar a través de este nuevo mecanismo?*



RESPUESTAS

TRAMITES Y SERVICIOS / SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

GENERALIDADES SDS/TRAMITES Y SERVICIOS

1. ¿Cuáles son los horarios de atención de la Secretaría Distrital de Salud?

Los horarios de atención al público de la SDS se pueden consultar [aquí](#).

2. ¿Cuál es el portafolio de trámites y servicios que ofrece la Secretaría de Salud a la ciudadanía?

El portafolio de trámites y Servicios de la SDS se puede consultar [aquí](#)

3. ¿Cuáles son los puntos de atención de la Secretaría Distrital de Salud, sus direcciones y horarios?

Los puntos de atención de la SDS con sus respectivas direcciones y horarios, se puede consultar [aquí](#)

4. ¿Cómo se hace para interponer una petición, queja o reclamo ante la Secretaría Distrital de Salud?

El ciudadano podrá interponer cualquier clase de solicitud, petición, queja o reclamo por los diferentes canales de atención que la SDS tiene dispuesto para la comunidad (ver [puntos de atención](#)). De la misma manera lo podrá realizar directamente en el aplicativo Web Sistema Distrital de Quejas y Soluciones [SDQS](#).

5. ¿Cómo diligencio el formulario de inscripción al Registro Especial de Servicios de Salud REPSS?

Para diligenciar el formulario de inscripción puede ingresar en el siguiente [Link](#), “Regístrese” creando un usuario y una contraseña y continúe con el diligenciamiento del formulario de inscripciones. Al final imprima el formulario por la opción IMPRIMIR, adjunte los demás



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD

Secretaría de Salud

documentos y diríjase a la Secretaría Distrital de Salud en la Ciudad de Bogotá CARRERA 32 # 12-81 Oficina de Habilitación Piso Quinto del Edificio del Administrativo. Para legalizar la inscripción.

6. ¿Cómo se imprime el distintivo de habilitación?

Para imprimir el distintivo puede ingresar por www.saludcapital.gov.co, o en siguiente [Link](#). Tenga en cuenta que el usuario que solicita el aplicativo, es el código de habilitación que le fue asignado al prestador cuando se inscribió es decir 11001____01 y la contraseña 11001 No. de la cédula 01. Al ingresar a esta ventana busque el link “Distintivos de Habilitación”, seleccione el servicio uno por uno y siga las instrucciones del aplicativo.

Es importante tener en cuenta que al seleccionar un servicio para la impresión del distintivo, se genera un archivo en .PDF el cual por seguridad solo abre una vez. Es decir que debe asignarle un nombre y guardarlo en el disco duro de su computador para luego imprimirlo.

7. ¿Cada cuanto debo realizar la renovación de la habilitación?

Después de haber cumplido los primeros cuatro años del ingreso al REPS, la renovación de la inscripción se realiza ANUALMENTE. La finalidad de este proceso es ampliar la fecha de vigencia de la inscripción por un año más la cual se verá reflejada en el Reps Actual.

8. ¿Cuáles son los prestadores de servicios de protección radiológica autorizados para hacer los estudios?

Ver archivo PDF con el listado correspondiente a los prestadores de servicios de protección radiológica autorizados por el Ministerio de Salud y Protección Social con fecha de corte ABRIL/2016.

9. ¿Como profesional de la salud, que debo hacer para acceder a una plaza para prestar mi servicio social obligatorio?

La asignación de las plazas del Servicio Social Obligatorio de las profesiones de medicina, odontología, enfermería y bacteriología, en la modalidad de prestación de servicios de salud, se asignan según el procedimiento establecido en la Resolución 2358 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social. Este Ministerio adelanta durante el año, cuatro (04) procesos de asignación para ocupar las plazas que quedan vacantes en los siguientes períodos:



Proceso de asignación	Período
1	1 de febrero a 30 de abril
2	1 de mayo a 31 de julio
3	1 de agosto a 31 de octubre
4	1 de noviembre a 31 de enero

Las plazas se asignaran teniendo en cuenta las condiciones de prioridad y preferencia manifestadas por los profesionales aspirantes en el momento de la inscripción utilizando el formato que en la página Web del Ministerio de Salud y Protección social, se habilita para cada proceso de asignación. De igual manera se tienen en cuenta las necesidades de las Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud que tienen aprobadas plazas por asignar.

Para mayor información usted puede revisar la Resolución 2358 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social.

10. ¿Puedo renovar mi licencia de seguridad y salud en el trabajo en otra secretaria de salud o me toca obligatoriamente en donde la solicite por primera vez?"

La renovación de la licencia en Seguridad y Salud en el Trabajo puede realizarla en cualquier Secretaria Departamental o Distrital de Salud para persona Natural o jurídica o pública y privada. Así mismo se debe acreditar el cumplimiento de los requisitos y anexar copia de la licencia anterior; tal como lo establece la Resolución 4502 de 2012 en su Artículo 2. Parágrafo 1.

11. ¿Qué profesiones en el Área de la Salud, realizan este trámite ante la SDS?

El presente trámite aplica para técnicos, tecnólogos, profesionales universitarios o especialista para las siguientes profesiones: Psicología, fonoaudiología, odontología, optometría, instrumentalización, nutrición, terapia ocupacional, terapia respiratoria y auxiliar de enfermería, hasta que el Ministerio de Salud y Protección Social traslade la competencia a los colegios profesionales. De acuerdo a ello, profesiones tales como medicina, bacteriología, fisioterapia, laboratorio clínico y profesiones en enfermería, se realizan directamente en sus cuerpos colegiados y por tanto este trámite NO se efectúa ante la SDS:



12. ¿En donde se puede realizar la adopción de perros y gatos en Bogotá?

La adopción se puede realizar en el Centro de Zoonosis, Carrera 106 A # 67-02 lunes a Viernes de 8 a.m. a 4 p.m., Sábados y Domingos de 8 a.m. a 12:30 m.

13. ¿Donde se puede realizar la esterilización de perros y gatos?

La Secretaria Distrital de Salud, en el marco del nuevo modelo de esterilización canina y felina, desarrolla este servicio de forma descentralizada, a través del [Cronograma de Esterilización](#), en el cual los ciudadanos pueden encontrar la fecha, lugar y hora en donde se desarrollara el programa.

14. Un ciudadano ¿puede llevar su perro o gato al Centro de Zoonosis para esterilizarlo?

No, las jornadas de esterilización canina y felina se realizan de acuerdo al cronograma de esterilización y están diseñadas de forma descentralizada, lo que quiere decir que se realizan en varios puntos de la ciudad, abarcando todas las localidades.

15. ¿Cuántos perros o gatos puedo llevar a esterilizar?

Solamente dos (2) mascotas por persona.

16. Un ciudadano que no quiera o pueda tener a su mascota (perro o gato) en su lugar de residencia ¿puede llevarlo al Centro de Zoonosis para dejarlo en adopción?

No; el Centro de Zoonosis, no recibe ningún canino y felino, dado que el cuidado de las mascotas deberá estar bajo responsabilidad de sus dueños. Los animales que se encuentra bajo protección del Centro de Zoonosis son aquellos que son recogidos en espacio público bajo el programa de Recolección Canina Selectiva Humanitaria en espacio público.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD

Secretaría de Salud

ASEGURAMIENTO AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD¹

GENERALIDADES

17. ¿Cuál es el objetivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud?

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) tiene como objetivo regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso para toda la población residente del país, en todos los niveles de atención.

18. ¿Cómo está integrado el Sistema General de Seguridad Social en Salud?

El Sistema General de Seguridad Social en Salud está integrado por: El Estado, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, quien actúa como organismo de coordinación, dirección y control; las Entidades Promotoras de Salud (EPS), responsables de la afiliación y el recaudo de las cotizaciones y de garantizar la prestación del Plan Obligatorio de Salud a los afiliados; y las instituciones prestadoras de salud (IPS), que son los hospitales, clínicas y laboratorios, entre otros, encargadas de prestar la atención a los usuarios. También hacen parte del SGSSS las Entidades Territoriales y la Superintendencia Nacional de Salud.

19. ¿Cómo se accede al Sistema General de Seguridad Social en Salud? Al Sistema General de

Seguridad Social en Salud se accede a través del Régimen Contributivo y a través del Régimen Subsidiado. De otro lado, debe tenerse en cuenta que la Entidad Territorial deberá garantizar la atención de la población pobre no asegurada, con cargo a los recursos que recibe por transferencias del Sistema General de Participaciones –SGP– para atención de servicios en lo cubierto por subsidio a la oferta, para lo cual se deberá cancelar las cuotas de recuperación a que haya lugar.

20. ¿Cuáles son las funciones de las Entidades Promotoras de Salud?

Las Entidades Promotoras de Salud, entre otras funciones, están encargadas de:

– Ser delegatarias del fondo de solidaridad y garantía para la captación de los aportes de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

¹ Cartilla Aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud – Ministerio de Salud y la Protección Social.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD

Secretaría de Salud

- Promover la afiliación de grupos de población no cubiertos actualmente por la seguridad social.
- Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional. Las empresas promotoras de salud tienen la obligación de aceptar a toda persona que solicite afiliación y cumpla con los requisitos de ley.
- Definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las instituciones prestadoras con las cuales haya establecido convenios o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado y su familia.
- Remitir al fondo de solidaridad y compensación la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios.
- Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud.

AFILIACIÓN AL RÉGIMEN SUBSIDIADO

21. ¿Quiénes deben afiliarse al Régimen Subsidiado en Salud?

En el Régimen Subsidiado en Salud deben estar afiliadas las personas pobres y vulnerables del país, es decir, las clasificadas en los niveles 1 o 2 del Sisbén, siempre y cuando no estén afiliadas al régimen contributivo, especiales o de excepción, y las poblaciones especiales prioritarias, tales como personas en condición de desplazamiento, población infantil abandonada a cargo del ICBF, menores desvinculados del conflicto armado, comunidades indígenas; personas mayores en centros de protección; población rural migratoria; personas del programa de protección a testigos; indigentes y población gitana (conocida como ROM), entre otros.

22. ¿Qué es el Sisbén?

El Sisbén (Sistema de Selección de Beneficiarios) es una encuesta de clasificación socioeconómica, diseñada por el Departamento Nacional de Planeación (DNP). El Sisbén permite identificar las necesidades de la población más pobre y vulnerable del país. Los hogares encuestados obtienen un puntaje y un nivel que les prioriza para la asignación de subsidios.



Cada programa social que otorga subsidios establece cuáles son los puntajes para acceder a los respectivos beneficios. Después de aplicada la encuesta el municipio debe informarle el puntaje del Sisbén obtenido y el nivel que obtuvo en el Régimen Subsidiado en Salud. Si la familia pertenece a los niveles 1 o 2 tiene el derecho a afiliarse al Régimen Subsidiado.

23. ¿Qué debo hacer si no estoy de acuerdo con el puntaje obtenido?

Si considera que el puntaje obtenido por la Encuesta Sisbén es muy alto debe dirigirse a la oficina del Sisbén de su municipio y solicitar la aplicación de la encuesta nuevamente por inconformidad en el puntaje. Para esto debe presentar la cédula de ciudadanía.

24. ¿Cuál es el procedimiento para afiliarse al Régimen Subsidiado en Salud?

- Tener aplicada la encuesta Sisbén
- Estar dentro de los rangos establecidos (nivel 1 o 2 del Sisbén),

	14 CIUDADES	OTRAS CABECERAS	ÁREA RURAL
PUNTAJE NIVEL UNO	0 - 47,99	0 - 44,79	0 - 32,98
PUNTAJE NIVEL DOS	48,00 - 54,86	44,80 - 51,57	32,99 - 37,80

- Escoger libremente la EPS del Régimen Subsidiado que esté autorizada para operar en su municipio.

Las poblaciones especiales no requieren la encuesta Sisbén. En este caso el listado de beneficiarios es suministrado por autoridades o entidades específicas tales como los gobernadores de los cabildos indígenas, el Departamento de la Prosperidad Social, el Ministerio del Interior, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, entre otras.

25. ¿Cómo se afilian las poblaciones especiales prioritarias?

Las poblaciones especiales no requieren la encuesta Sisbén. En este caso el listado de beneficiarios es suministrado por autoridades o entidades específicas tales como los gobernadores de los cabildos indígenas, el Departamento de la Prosperidad Social, el Ministerio del Interior, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, entre otras.



26. ¿A partir de qué momento se hace efectiva la afiliación al Régimen Subsidiado en Salud y, por ende, el derecho a la prestación de servicios?

La afiliación al Régimen Subsidiado en Salud se hace efectiva cuando se diligencia y suscribe el formulario de afiliación ante la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado seleccionada, teniendo derecho a la prestación de servicios desde ese momento.

27. ¿Quiénes no tienen derecho de beneficiarse del Régimen Subsidiado en Salud?

No pueden estar en el Régimen Subsidiado en Salud las personas que tengan vínculo laboral vigente –a menos que por disposición legal estén –exonerados– o quienes reciban ingresos o renta suficientes para afiliarse al Régimen Contributivo. Tampoco los pensionados o los beneficiarios de otras personas que estén afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través del régimen contributivo o a cualquiera de los regímenes especiales o de excepción. Las personas con capacidad de pago que se encuentren afiliadas al Régimen Subsidiado, responderán ante la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP) y ante las demás autoridades competentes, por no cumplir con la obligación de realizar los respectivos aportes en el Régimen Contributivo.

28. ¿Cuáles son los beneficios por estar afiliado en el Régimen Subsidiado en Salud?

Recibir los mismos servicios de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo, tales como atención de urgencias Aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud en cualquier IPS pública o privada de todo el país, consulta médica general y odontológica, atención en ortopedia y traumatología, servicios de laboratorio clínico, procedimientos quirúrgicos, atención en ginecoobstetricia, oftalmología, medicina interna, neurología, dermatología y psiquiatría, suministro de medicamentos, servicios ambulatorios y hospitalización, entre otros.

29. ¿En el Régimen Subsidiado hay lugar al pago de incapacidades o de licencias de maternidad y/o paternidad?

No. En el Régimen Subsidiado en Salud no se pagan incapacidades por enfermedad general, ni por maternidad, ni paternidad, pues estas solo se reconocen a los afiliados cotizantes del Régimen Contributivo. Tampoco se pagan licencias por accidentes o enfermedades laborales, ya que únicamente tienen derecho a estas los trabajadores afiliados al Régimen Contributivo y al Sistema de Riesgos Laborales, a través de las denominadas ARL (Administradoras de Riesgos Laborales).



30. ¿En el Régimen Subsidiado en Salud se deben pagar cuotas moderadoras?

Ningún usuario o afiliado al Régimen Subsidiado debe pagar cuotas moderadoras por la prestación de los servicios cubiertos en el POS.

31. ¿En el Régimen Subsidiado en Salud se deben pagar copagos? ¿En qué casos se está exento de estos pagos?

Si. Se deben pagar copagos por los servicios cubiertos en el Régimen Subsidiado en Salud, pero la atención será gratuita (exenta de copagos) para los niños durante el primer año de vida, las poblaciones especiales como los niños abandonados mayores de un año; los indigentes; las personas desplazadas; los indígenas; las personas de la tercera edad en protección en ancianatos; la población rural migratoria, los gitanos y las personas desmovilizadas. De igual manera, también está exenta de copagos la atención para cualquier población de cualquier edad y condición socioeconómica en los siguientes servicios:

- Control prenatal, la atención del parto y sus complicaciones.
- Servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Programas de control en atención materno infantil.
- Programas de control en atención de las enfermedades transmisibles.
- Atención de enfermedades catastróficas o de alto costo.
- Atención de urgencias.
- La consulta médica, odontológica y consulta por otras disciplinas no médicas, exámenes de laboratorio, imagenología, Aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud despacho de medicamentos cubiertos en el POS y consulta de urgencia.
- Prescripciones regulares dentro de un programa especial de atención integral de patologías.

32. ¿Cuánto deben pagar por copago los afiliados del nivel 2 del Sisbén?

Máximo el 10% de lo que cueste la atención por una enfermedad o evento, y hasta medio salario mínimo en el año si es atendido varias veces por la misma enfermedad. Si es atendido por distintas



enfermedades o eventos durante el año, la suma de todos los copagos que cancele no debe ser superior a un salario mínimo mensual vigente.

33. ¿Qué son las cuotas de recuperación y la tarifa plena, y quienes deben pagarlas?

Son los dineros que deben pagar a las IPS las personas no afiliadas al régimen contributivo, ni subsidiado en Salud, que necesiten atención médica, así como las personas afiliadas que necesitan atención con servicios no cubiertos en el Plan Obligatorio de Salud de su régimen respectivo, teniendo en cuenta lo siguiente:

- Para la población indígena y la indigente no existirán cuotas de recuperación.
- La población no afiliada al régimen subsidiado identificada en el nivel 1 del SISBÉN o incluidas en los listados censales pagarán 5% del valor de los servicios, sin exceder el equivalente a un salario mínimo mensual legal vigente por la atención de un mismo evento y en el nivel 2 del SISBÉN pagarán un 10% del valor de los servicios, sin exceder el equivalente a dos salarios mínimos mensuales legales vigentes.
- Las personas afiliadas al régimen subsidiado y que reciban atenciones por servicios no incluidas en el POS-S, pagarán de acuerdo con lo establecido en el numeral b.
- La población con capacidad de pago pagará la totalidad del valor del servicio o tarifa plena.
- El máximo valor autorizado para las cuotas de recuperación se fijará de conformidad con las tarifas SOAT (Seguro Obligatorio para Accidentes de Tránsito) vigentes, es decir, las señaladas en el Decreto 2423 de 1996 o la norma que lo adicione, complemente o sustituya.

34. ¿Si ya me encuentro afiliado al Régimen Subsidiado en Salud con la metodología II y con la aplicación de la metodología III obtengo un menor o mayor puntaje al que tenía, hay lugar a que se ajuste el mismo de conformidad con la actual metodología?

Si la persona se afilió al Régimen Subsidiado en Salud con la metodología II y posteriormente le aplican la metodología III, y con esta queda con un puntaje inferior o superior con el que se afilió, la entidad territorial discrecionalmente validará el puntaje que le sea más beneficioso al afiliado, a fin de procurar el acceso efectivo a los servicios de salud.

35. Si no me encuentro afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud por no tener capacidad de pago para afiliarme al Régimen Contributivo, pero tampoco cumplo los requisitos



para beneficiarme del Régimen Subsidiado, ¿cómo me garantizan la prestación de servicios de salud que llegue a requerir?

De requerirse la prestación de servicios de salud por parte de población pobre no asegurada, la Entidad Territorial deberá garantizar la atención con cargo a los recursos que recibe por transferencias del Sistema General de Participaciones (SGP) para atención de servicios en lo cubierto por subsidio a la oferta, para lo cual se deberán cancelar las cuotas de recuperación a que haya lugar.

TRASLADO DE EPS

36. ¿Qué es el período mínimo de permanencia en una EPS para poder trasladarme?

Es el término de un (1) año durante el cual debe permanecer una persona afiliada a una EPS del Régimen Contributivo o Subsidiado, de forma continua e ininterrumpida para poder trasladarse de EPS, luego de lo cual, en ejercicio del derecho a la libre escogencia, puede elegir la Entidad de su preferencia a la cual desea cambiarse, debiendo estar la misma autorizada para operar dentro del municipio de residencia del afiliado. No hay lugar a que se exija el período mínimo de permanencia cuando la persona cambia su lugar de residencia a otro municipio y en el mismo no opera la EPS a la cual se encuentra afiliado.

37. ¿Qué otros requisitos adicionales al período de permanencia se le exigen a un afiliado para poder trasladarse de EPS?

Los cotizantes del Régimen Contributivo, si tienen beneficiarios vinculados en distintas fechas, deben esperar hasta que el último cumpla los 12 meses de permanencia, salvo en el caso del recién nacido. Así mismo, no pueden estar en incapacidad o licencia de maternidad o paternidad, ni estar adeudando a la EPS ningún valor por concepto de cuotas moderadoras, copagos o cotizaciones propias o por afiliados adicionales.

38. ¿Qué debo hacer si cambio mi lugar de residencia junto con mis beneficiarios o con mi núcleo familiar y en el nuevo municipio no opera la EPS a la cual me encuentro afiliado?

Cuando el afiliado junto con sus beneficiarios o su núcleo familiar cambian de municipio de residencia y la EPS donde se encuentran afiliados no opera en el nuevo municipio, deberán informar a la Entidad Promotora de Salud actual para que proceda a autorizar el traslado a la EPS



que se escoja en el nuevo lugar de residencia, la cual debe estar debidamente autorizada para operar. En dicho caso no se exigirá el periodo mínimo de permanencia y en ningún caso se verá interrumpido el acceso a los servicios de salud que demande el afiliado.

39. *¿En caso de traslado de EPS hasta cuándo es responsable la Entidad actual de garantizar los servicios de salud que se demanden y desde cuándo debe brindarlos la nueva Entidad Promotora de Salud?*

La nueva Entidad garantizará el acceso a los servicios de salud que demande el afiliado desde la fecha del traslado; hasta tanto no se haga efectivo el mismo, sigue siendo responsable de su aseguramiento y del acceso a la prestación de servicios de salud la EPS a la cual inicialmente se encuentra afiliado.

40. *¿Cómo opera el traslado de EPS?*

La solicitud se debe hacer ante la EPS a la cual se va a trasladar, la cual debe notificar el hecho a la anterior. El traslado en el Régimen Contributivo produce efectos solo a partir del primer día calendario del segundo mes posterior a la fecha de presentación de la solicitud de traslado; en el Régimen Subsidiado produce efectos desde la fecha de afiliación o traslado. La EPS de la cual se retira el afiliado tiene a su cargo la prestación de los servicios y el reconocimiento de prestaciones hasta el día anterior a aquel en el que surjan las obligaciones para la nueva entidad. Aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud

PORTABILIDAD

41. *¿Qué es la portabilidad?*

La portabilidad es la garantía que se da a los ciudadanos para acceder a los servicios de salud sin trámites excesivos e innecesarios, en cualquier parte del territorio nacional, cuando el afiliado y/o su núcleo familiar se van a vivir temporalmente a un municipio diferente a aquel en donde se afiliaron a la EPS o donde habitualmente reciben los servicios de salud.

42. *¿A partir de cuándo entró en vigencia el Decreto 1683 de 2013, por medio del cual se reglamentó la portabilidad?*

El Decreto 1683 de 2013 entró a regir en su integridad a partir del 3 de noviembre del 2013.



43. ¿En qué circunstancias opera la portabilidad?

La portabilidad la puede solicitar un afiliado y/o su núcleo familiar cuando cambian de municipio por emigración ocasional, temporal o la dispersión del núcleo familiar.

44. ¿Qué es la emigración ocasional?

Es cuando el afiliado y/o su núcleo familiar se trasladan temporalmente del municipio donde realizaron la afiliación a la EPS o donde habitualmente reciben los servicios de salud, por un período no mayor de un (1) mes. En este evento, todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que cuenten con servicios de urgencias, deberán brindarles la atención de urgencias, así como la atención posterior que se requiera, independientemente de que hagan parte o no de la red de la respectiva EPS. La atención solicitada no podrá negarse con el argumento de no tratarse de una urgencia.

45. ¿Qué es la emigración temporal?

Es cuando el afiliado y/o su núcleo familiar se trasladan temporalmente del municipio donde realizaron la afiliación a la EPS o donde habitualmente reciben los servicios de salud, por un período superior a un (1) mes e inferior a doce (12) meses. En este caso la EPS deberá garantizarles la asignación a una IPS primaria en el municipio receptor, y de esta manera el acceso a todos los servicios del Plan Obligatorio de Salud.

46. ¿Qué pasa si la emigración temporal supera los doce (12) meses?

Si la emigración temporal supera los doce (12) meses, esta se considerará permanente, debiendo el afiliado y/o su núcleo familiar trasladarse de EPS, o solicitar una prórroga por un año más si persisten las condiciones de temporalidad del traslado.

47. ¿Qué es la dispersión del núcleo familiar?

Es cuando por razones laborales, de estudio, o de cualquier otra índole, cualquiera de los integrantes del núcleo familiar fija su residencia en un municipio distinto a aquel en donde se realizó la afiliación a la EPS o donde habitualmente reciben los servicios de salud. En este caso se



tendrá derecho a la prestación de los servicios de salud a cargo de la misma Entidad Promotora de Salud, en el municipio donde vaya a residir el miembro del grupo familiar, sin importar que la emigración sea temporal o permanente.

48. ¿Cuando la emigración es permanente para todo el núcleo familiar se aplica la portabilidad o el traslado de EPS?

Cuando la emigración sea permanente o definitiva para todo el núcleo familiar, el afiliado deberá cambiar de EPS, afiliándose a una que opere el respectivo régimen en el municipio receptor; por ende, no hay lugar a la figura de portabilidad sino al traslado de EPS, caso en el cual no es exigible el cumplimiento del período de permanencia de un año.

49. ¿Cómo se va a garantizar la portabilidad?

Con el fin de garantizar la portabilidad, todas las EPS deben contar con mecanismos idóneos para que el afiliado pueda acceder a la información y al trámite de su requerimiento así mismo; las Direcciones Territoriales de Salud deberán tener disponible la información pertinente sobre las EPS y brindar apoyo a los usuarios que lo requieran para el trámite del ejercicio de su portabilidad.

50. ¿Cómo puedo solicitar mi derecho a la portabilidad?

Un afiliado podrá solicitar ante su EPS mediante la línea telefónica de atención al usuario, por escrito, por correo electrónico exclusivo para trámites de portabilidad, personalmente o a través de cualquier otro medio disponible, la asignación de una IPS primaria en un municipio diferente al domicilio de afiliación. En ningún caso la EPS podrá exigir la presentación personal del afiliado para el trámite de portabilidad.

51. ¿Qué debe contener la solicitud de portabilidad?

La solicitud deberá contener como mínimo la siguiente información: nombre e identificación del afiliado; el municipio receptor; la temporalidad, si esta se encuentra definida; la IPS a la cual está adscrito en el municipio domicilio de afiliación y un número telefónico, dirección geográfica o dirección electrónica para recibir respuesta a su solicitud sobre adscripción a un prestador, en el municipio receptor.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD

Secretaría de Salud

MOVILIDAD ENTRE EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO Y EL RÉGIMEN SUBSIDIADO

52. ¿Cuál es el objeto del Decreto 3047 del 27 de diciembre de 2013, por medio del cual se establecen las reglas sobre movilidad entre regímenes para afiliados focalizados en los niveles I y II del Sisbén?

El objeto del Decreto 3047 de 2013 es establecer las condiciones y reglas para la movilidad del régimen subsidiado hacia el régimen contributivo y viceversa, sin que exista interrupción en la afiliación, ni cambio de EPS.

53. ¿El Decreto 3047 de 2013 movilidad entre regímenes (subsidiado-contributivo) aplica a todos los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud?

El Decreto 3047 de 2013 está dirigido para los afiliados al Régimen Subsidiado y Régimen Contributivo focalizado en los niveles I y II del Sisbén.

54. ¿Cómo opera la movilidad en el caso de estar afiliado al Régimen Subsidiado y adquirir capacidad de pago o vinculación laboral que imponga la obligación de cotizar al Régimen Contributivo?

Las personas afiliadas al Régimen Subsidiado que adquieran capacidad de pago y que estén en la obligación de afiliarse en el Régimen Contributivo se mantienen en la misma EPS y recibirán todos los beneficios junto con su núcleo familiar.

55. ¿Cómo se hacen los aportes de los afiliados al Régimen Subsidiado que pasan al Régimen Contributivo, permaneciendo en la misma EPS del Régimen Subsidiado?

– Cotización mediante vinculación Laboral: El empleador aportará el 8.5% y el empleado el 4% del salario base.

– Cotización independiente: El cotizante independiente afiliado al Régimen Contributivo aportará el 12.5% sobre ingreso base de cotización. 74. Si el afiliado está en el Régimen Contributivo y pierde capacidad de pago, ¿cómo ingresa al Régimen Subsidiado?



- En el caso de que el afiliado se encuentre previamente clasificado en el nivel I y II del Sisbén, podrá pasar al Régimen Subsidiado de la misma EPS donde se encuentra afiliado, sin perder la continuidad en la prestación del servicio.
- En el caso de que no se encuentre clasificado en el nivel I y II del Sisbén deberá solicitar la aplicación de la encuesta Sisbén a Planeación Municipal o Distrital.

56. ¿Qué trámite se debe realizar para hacer efectiva la movilidad?

El afiliado debe solicitar a la EPS la movilidad en el sistema (cambio de régimen subsidiado o contributivo) con el fin de no perder la continuidad en la prestación del servicio.

57. ¿Las EPS del Régimen Subsidiado deben reconocer prestaciones económicas a las personas que tengan afiliadas en el Régimen Contributivo?

Sí. Las EPS del régimen subsidiado que en el marco de la movilidad garanticen la prestación de servicios a los afiliados al régimen contributivo, reconocerán y pagarán el valor de las incapacidades por enfermedad general, licencias de maternidad y paternidad, de conformidad con las normas vigentes.

58. ¿Las EPS del Régimen Subsidiado deben reconocer la prestación de servicios en casos de accidente de trabajo y/o enfermedad laboral a las personas que tengan afiliadas en el Régimen Contributivo?

Sí. Las EPS del Régimen Subsidiado que en el marco de la movilidad tengan afiliados cotizantes pertenecientes al Régimen Contributivo, deben garantizarles la prestación de los servicios que demanden en virtud de un accidente de trabajo y/o enfermedad laboral, conforme a las reglas propias del Sistema de Riesgos Laborales.

59. ¿Cuál es la diferencia entre movilidad y traslado?

- Movilidad: Es la garantía del afiliado de continuar en la misma EPS cuando por alguna circunstancia cambie de régimen.
- Traslado: Es el derecho que tiene el afiliado de cambiar de EPS transcurrido doce meses de antigüedad en la misma EPS.



AFILIACIÓN AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

60. ¿Quiénes deben afiliarse al Régimen Contributivo en Salud?

Al Régimen Contributivo deben afiliarse todas las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados, los trabajadores independientes con capacidad de pago, las madres comunitarias y los aprendices en etapa lectiva y productiva. Estas personas deben hacer un aporte mensual (cotización) a una Entidad Promotora de Salud, para que esta les garantice la atención en salud a través de las instituciones prestadoras de servicios de salud, conocidas como IPS.

61. ¿Cómo se realiza la afiliación al Régimen Contributivo?

Si se trata de un empleado dependiente la responsabilidad de la afiliación es del empleador; el empleado escoge la EPS de su elección y se lo comunica a su empleador junto con los datos de su familia. Igualmente sucede con los aprendices en etapa lectiva y productiva.

– En el caso del pensionado, solo debe informar al Fondo de Pensiones cuál es la EPS a la que este deberá entregar su cotización, que podrá ser la misma a la que venía afiliado u otra en caso de que haya decidido cambiarse, siempre y cuando cumpla los requisitos exigidos para el efecto. El Fondo de Pensiones debe afiliarlo y pagar la cotización mensual a la EPS seleccionada.

– El trabajador independiente debe afiliarse por su cuenta a la EPS de su elección y hacer los pagos mensuales a través de la planilla integrada.

62. ¿A cuáles miembros de la familia se puede afiliar en calidad de beneficiarios en el Régimen Contributivo?

– Al (o a la) cónyuge, compañero o compañera permanente del afiliado, independientemente de que sean del mismo sexo; los hijos menores de 18 años de cualquiera de los cónyuges (incluyendo los adoptivos), que hagan parte del núcleo familiar y que dependan económicamente de este; los hijos de cualquier edad con incapacidad permanente o aquellos que tengan menos de 25 años, que sean estudiantes con dedicación exclusiva y dependan económicamente del afiliado.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD

Secretaría de Salud

– A falta de cónyuge, compañero o compañera permanente, e hijos con derecho, la cobertura familiar puede extenderse a los padres del afiliado que no sean pensionados y que dependan económicamente de este.

63. ¿Se puede afiliarse a otras personas distintas a las anteriores?

Sí, pero siempre y cuando dependan económicamente del afiliado, tengan un parentesco hasta el tercer grado de consanguinidad (padres, hijos, abuelos, nietos, hermanos, bisabuelos, biznietos, tíos y sobrinos) o sean menores de 12 años si no son consanguíneos. Para esto se debe pagar por cada beneficiario un aporte adicional (la denominada Unidad de Pago por Capitación –UPC– que varía según la edad, el sexo y el lugar de residencia de las mismas) y mantenerlos afiliados por lo menos un año. No se puede incluir como afiliados adicionales a personas que tengan capacidad de pago o aquellas que se encuentren afiliados al Régimen Subsidiado o a un Régimen de Excepción, salvo que demuestren su desafiliación a dicho Sistema.

64. ¿Cómo se hace la afiliación del recién nacido?

Todo recién nacido, automáticamente, queda afiliado a la EPS a la que pertenezca la madre, independientemente del régimen al que ésta pertenezca, para lo cual bastará únicamente el certificado de nacido vivo; sin embargo, deberá presentarse ante la respectiva Entidad Promotora de Salud, dentro del mes siguiente al nacimiento, el registro civil con el fin de legalizar la correspondiente afiliación.

65. ¿Se debe pagar UPC adicional cuando se trata de recién nacidos de hija beneficiaria del cotizante?

Para el caso de la beneficiaria menor de 18 años o que tenga menos de 25 años, que tenga la calidad de estudiante con dedicación exclusiva, dependa económicamente del cotizante, y que sea madre de un recién nacido, este tendrá derecho a los servicios de salud hasta el primer año de vida sin que tenga que pagar UPC adicional.

66. ¿Qué pagos deben realizar las personas afiliadas al Régimen Contributivo en materia de salud?

Las personas afiliadas al Régimen Contributivo deben realizar pagos correspondientes a:



- Aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social (Salud, Pensión y riesgos laborales)
- Cuotas moderadoras
- Copagos

67. ¿Cuál es el porcentaje de cotización al Sistema General de Seguridad Social en materia de salud y pensión?

- La cotización al Régimen Contributivo en salud del empleado dependiente es del 12.5% del salario mensual, del cual el 8.5% está a cargo del empleador y el 4% a cargo del empleado. En materia pensional es del 16% del salario mensual, de este porcentaje el 12% está a cargo del empleador y el 4% a cargo del empleado.
- El pensionado solo se encuentra obligado a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud sobre el 12% de su mesada pensional, excepto cuando se encuentre vinculado por contrato de prestación de servicios o reciba ingresos adicionales a su mesada pensional, caso en el cual deberá hacer los respectivos aportes en salud a la EPS a la cual se encuentre afiliado, debiendo asumir la totalidad de la cotización (12.5%).
- El trabajador independiente debe pagar mensualmente la totalidad de la cotización, la cual corresponde al 12.5% del ingreso base de cotización para el Sistema General de Seguridad Social en Salud y al 16% en materia pensional. Los independientes vinculados por contrato de prestación de servicios deben cotizar tanto a salud como a pensión sobre el 40% del valor mensual bruto del contrato, sin que el salario base de cotización sea inferior al salario mínimo legal mensual vigente.
- En el caso de los aprendices en etapa lectiva y productiva, la cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud será cubierta plenamente por la empresa patrocinadora, sobre la base de un salario mínimo legal mensual vigente.

68. ¿Qué son las cuotas moderadoras y quiénes deben pagarlas?

Es un aporte en dinero que debe ser pagado por todos los afiliados (cotizantes y beneficiarios) cuando se asiste al médico general, al especialista, al odontólogo o a consulta con un profesional paramédico. También cuando se reciben medicamentos, al tomarse exámenes de laboratorio o radiografías de tratamientos ambulatorios. Las cuotas moderadoras tienen por objeto regular la utilización del servicio de salud y estimular su buen uso. Su valor varía de acuerdo con el ingreso base de cotización del trabajador dependiente o independiente.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD

Secretaría de Salud

69. ¿Se deben pagar cuotas moderadoras por atención inicial de urgencias?

En la atención de urgencias no se cobra cuota moderadora, a no ser que el profesional de la salud determine que el servicio solicitado no era por una verdadera urgencia. Tampoco se cobra cuando el usuario forma parte de un programa especial de manejo de enfermedades específicas, en el cual se debe seguir un plan rutinario de actividades Ministerio de Salud y Protección Social

Aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud 24 de control, como por ejemplo la atención de la hipertensión arterial o de la diabetes.

70. ¿Qué son los copagos y quiénes deben pagarlos?

Son los aportes en dinero que deben realizar únicamente los beneficiarios, de acuerdo con el Ingreso Base de Cotización del afiliado cotizante, los cuales corresponden a una parte del valor del servicio prestado y tienen como finalidad ayudar a financiar el Sistema. Los copagos tienen un tope máximo por la atención de una enfermedad en el mismo año calendario y un tope máximo acumulado por atención de distintas enfermedades.

71. ¿En qué casos deben pagarse copagos?

Los copagos se aplicarán a algunos servicios de salud contenidos en el Plan Obligatorio de Salud como hospitalización, procedimientos o tratamientos quirúrgicos, con excepción de:

- Servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Programas de control en atención materno infantil.
- Programas de control en atención de las enfermedades transmisibles.
- Enfermedades catastróficas o de alto costo.
- Atención inicial de urgencias. – Servicios sujetos a cuotas moderadoras.

Así mismo, están exoneradas del pago de cuotas moderadoras y copagos las personas que pertenezcan a los siguientes grupos de población:

- Personas con discapacidad mental, a menos que cuenten con la capacidad económica para asumir tales gastos.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD

Secretaría de Salud

- Población menor de 18 años a quien se le haya confirmado, a través de los estudios pertinentes, el diagnóstico de cáncer en cualquiera de sus etapas, tipos o modalidades, certificado por el Onco-Hematólogo Pediátrico.
- Población menor de 18 años con diagnóstico confirmado y certificado por el Onco-Hematólogo Pediátrico de aplasias medulares y Síndromes de falla medular, Desórdenes hemorrágicos hereditarios, Enfermedades Hematológicas Congénitas, Histiocitosis y Desórdenes Histiocitarios.
- Población menor de 18 años, cuando el médico general o cualquier especialista de la medicina, tenga sospecha de cáncer o de las enfermedades enunciadas anteriormente y se requieran exámenes y procedimientos especializados, hasta tanto el diagnóstico no se descarte.
- Personas mayores de edad, en relación con la práctica de vasectomía o ligadura de trompas. – Niños, niñas y adolescentes de Sisbén 1 y 2, con discapacidades físicas severa
- Niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia física o sexual y todas las formas de maltrato, que estén certificados por la autoridad competente, respecto de los servicios para su rehabilitación física, mental y atención integral hasta que se certifique médicamente su recuperación.
- Todas las mujeres víctimas de violencia física o sexual, que estén certificadas por la autoridad competente, respecto de la prestación de servicios de salud física, mental, atención integral, sin importar su régimen de afiliación, hasta que se certifique médicamente la recuperación de las víctimas.
- Las víctimas del conflicto armado interno en los términos del artículo 3° de la Ley 1448 de 2011, y las pertenecientes a las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, en los términos del artículo 3° del Decreto Ley número 4635 de 2011, que se encuentren registradas en el Sisbén 1 y 2, en todo tipo de atención en salud que requieran.
- Las personas con cualquier tipo de discapacidad, en relación con su rehabilitación funcional, cuando se haya establecido el procedimiento requerido.
- Las víctimas de lesiones personales causadas por el uso de cualquier tipo de ácidos o sustancia similar o corrosiva que generen daño o destrucción al entrar en contacto con el tejido humano y generen algún tipo de deformidad o disfuncionalidad, respecto de los servicios, tratamientos médicos y psicológicos, procedimientos e intervenciones necesarias para restituir la fisionomía y funcionalidad de las zonas afectadas.



72. ¿Cuál es el valor de los copagos y de las cuotas moderadoras?

Tanto las cuotas moderadoras como los copagos se actualizan año a año con base en el incremento del salario mínimo, siguiendo las indicaciones de la tabla que a continuación se describe, por lo tanto, usted debe consultar a comienzos de cada año en su EPS o puntos de servicio los nuevos valores establecidos. Categoría Ingreso Base de Cotización Cuota moderadora 1 Menor a dos (2) smlmv 11.7% de un (1) smlmv 2 Entre dos (2) y cinco (5) smlmv 46.1% de un (1) smlmv 3 Mayor de cinco (5) smlmv 121.5% de un (1) smlmv Ministerio de Salud y Protección Social Aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud 28

73. ¿Cuáles son los beneficios por estar afiliado al Régimen Contributivo en Salud?

– El cotizante y su familia tienen derecho a recibir todos los servicios del Plan Obligatorio de Salud (POS), que incluye acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y de recuperación de la salud desde la medicina preventiva básica hasta tratamientos de alta complejidad.

– Recibir un subsidio en dinero en caso de incapacidad: Si por razón de enfermedad o por causa de un accidente no relacionado con su trabajo, el afiliado tiene una incapacidad temporal, su afiliación le da derecho a recibir, durante ese tiempo, un subsidio en dinero así: de 1 a 3 días de incapacidad el pago es a cargo de los respectivos empleadores y corresponde al 100% del salario; a partir del 4º día y hasta el día 90 el pago debe hacerlo la EPS y corresponde a las dos terceras partes del salario, y desde el día 91 hasta el 180 la mitad del salario.

– Recibir un subsidio en dinero en caso de licencia de maternidad: Las afiliadas cotizantes, tanto trabajadoras dependientes como independientes, tienen derecho a una licencia de maternidad y a recibir un subsidio en dinero equivalente al 100% de su salario, que la EPS le paga durante el tiempo de la licencia. Para acceder a esta prestación la afiliada debe cotizar ininterrumpidamente al Sistema durante todo su periodo de gestación, tal como lo contempla el artículo 3º del Decreto 047 de 2000. Cuando se trate de una trabajadora dependiente y el empleador incurra en mora en el pago de las cotizaciones, este deberá pagar el valor de la licencia de maternidad a que tenga derecho su trabajadora.

– Afiliar a su familia sin costo adicional: Por el solo hecho de estar afiliado al Régimen Contributivo, sin importar si se trata de un salario, honorarios o una pensión, tiene derecho a afiliar a los miembros de su familia que cumplan los requisitos para ser beneficiarios, quienes deben recibir el mismo POS y deben ser atendidos en los mismos lugares y con los mismos cuidados, sin pagar ninguna cotización adicional.



74. ¿Se pueden exigir periodos mínimos de cotización para la atención de las enfermedades?

No. De acuerdo con el artículo 32 de la Ley 1438 de 2011, desde el 1° de enero de 2012 no existen periodos mínimos de cotización en el Sistema General de Seguridad Social en Salud para ningún servicio ni procedimiento, lo cual no puede confundirse con la cobertura de servicios, que para el caso del trabajador dependiente, salvo el tema de urgencias, inicia una vez transcurridos los primeros 30 días después de la afiliación, a diferencia del trabajador independiente quien una vez inscrito y cancelada su primera cotización, tendrá derecho a recibir conjuntamente con su familia, de manera inmediata, la totalidad de los beneficios contemplados en el plan obligatorio de salud. Ministerio de Salud y Protección Social Aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud 30

75. ¿En qué consiste el período de protección laboral?

El período de protección laboral consiste en que una vez suspendido el pago de la cotización como consecuencia de la finalización de la relación laboral o de la pérdida de la capacidad de pago del trabajador independiente, el trabajador y su núcleo familiar gozarán de los beneficios del plan obligatorio de salud hasta por treinta (30) días más, contados a partir de la fecha de la desafiliación, siempre y cuando haya estado afiliado al Sistema como mínimo los doce meses anteriores, para lo cual debe tenerse en cuenta que dicha afiliación debe haber sido en forma continua e ininterrumpida. Cuando el usuario lleve cinco (5) años o más de afiliación continua a una misma Entidad Promotora de Salud, tendrá derecho a un período de protección laboral de tres (3) meses, contados a partir de la fecha de su desafiliación.

76. ¿En qué casos se puede suspender la afiliación al SGSSS?

Se puede suspender la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud después de un mes de no pago de la cotización que le corresponde al afiliado, al empleador o a la administradora de pensiones, según sea el caso. Así mismo, cuando no se presentan los soportes exigidos para los beneficiarios, o cuando el afiliado cotizante que incluyó dentro de su grupo a un miembro dependiente no cancela la Unidad de Pago por Capitación adicional por este.



77. ¿Las EPS pueden cobrar multas por inasistencia a citas médicas programadas?

No. Ninguna EPS del régimen Contributivo o Subsidiado puede cobrar multas a las personas por no asistir a las citas médicas programadas, esto es, citas de medicina general, con especialista o de medicina alternativa. Tratándose de citas de odontología o de imageneología sí hay lugar al cobro de multas por inasistencia a las mismas. Ministerio de Salud y Protección Social Aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

78. ¿En qué casos se pierde la antigüedad?

En ningún caso se pierde la antigüedad debido a que no es procedente para la atención la exigencia de periodos mínimos de cotización, ni periodos de carencia, lo cual, de conformidad con el párrafo transitorio del artículo 32 de la Ley 1438 de 2011, a partir del 1º de enero de 2012 no existe en el SGSSS.

NUEVO MODELO DE REMUNERACIÓN

79. ¿Qué es el nuevo modelo de pago o remuneración?

Es la nueva forma de pago, a través de la cual el Fondo Financiero Distrital de Salud (FFDS) y Capital Salud pagarán, de ahora en adelante, a las 4 Subredes Integradas de Servicios de Salud por las atenciones que estas presten a sus afiliados. En el caso de Capital por los servicios prestados al régimen subsidiado y en el caso del FFDS por los servicios para la población pobre no afiliada (vinculados).

Es una remuneración integral por actividad final, es decir que el pago incluye todos los servicios prestados al usuario. Esta aplica para 4 actividades finales: Consulta, Hospitalización, Cirugía y Actividades del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC). Por ejemplo, el valor que pague la EPS por una consulta a la IPS comprenderá -además de los costos administrativos- todos los que hacen parte de esta atención como: laboratorios, radiografías, medicamentos, terapias, entre otros, para los cuales el usuario no tendrá que pedir autorización a la EPS.

De igual manera, es un pago que incentivará la gestión realizada por Capital Salud y las 4 Subredes en cuanto al impacto en la salud de las comunidades, medido con base en indicadores de calidad y



salud pública, y que incluye también incentivos económicos con el propósito de que las Subredes sean cada vez más eficientes en el uso de los recursos humanos y de infraestructura física, lo que implica mejora en la calidad de la atención y en el acceso del usuario al servicio de salud, aumento de la producción de servicios y reducción del costo.

80. ¿Para cuáles actividades finales aplica este nuevo modelo de pago?

Aplica para 4 actividades finales: Consulta, Hospitalización, Cirugía y Actividades del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC).

81. ¿Cuál es el objetivo central del nuevo modelo de pago o remuneración?

Lograr el equilibrio financiero entre la Secretaría Distrital de Salud (SDS), Capital Salud y las 4 Subredes, lo que se traduce en:

- Calidad en la atención
- Mayor impacto en la salud de las comunidades
- Mayor eficiencia (optimización de costos y mejoramiento de la producción)

82. ¿A qué poblaciones y aseguradoras aplica el nuevo modelo de remuneración o pago?

Aplica para la población del régimen subsidiado afiliada a la EPS Capital Salud y para la población pobre no asegurada al SGSSS, cuyo responsable es el Fondo Financiero Distrital de Salud (FFDS).

83. ¿Cómo se articula el nuevo modelo de remuneración con el Plan Territorial de Salud?

El Plan Territorial de Salud, conforme al nuevo modelo de atención integral, plantea nuevos modelos de: Gobernanza, Aseguramiento, Atención en salud, Prestación de servicios y Remuneración. Este último está relacionado con el pago integral por actividad final por Subred y con incentivos de desempeño, lo cual le exige a las 4 Subredes mayor calidad en la atención, mayor impacto en la salud de las comunidades (a partir de la identificación del riesgo individual y colectivo) y eficiencia en su operación, favoreciendo una gestión articulada que permita hablar en consecuencia y realmente de redes integradas de servicios de salud.



84. ¿Qué beneficios trae para el usuario/comunidad este nuevo modelo de remuneración?

- Reduce trámites y costos en el proceso de autorizaciones y facturación.
- Reduce costos de desplazamiento para la atención en salud.
- Aumenta la oportunidad y el acceso en la atención por la disminución de trámites en el proceso de autorizaciones.
- Aumenta la calidad e integralidad en la atención por los incentivos señalados.
- Mejora el impacto en la salud promoviendo la gestión del riesgo, la cobertura en las actividades de Protección Específica y Detección Temprana (actividades individuales del POS) y el Plan de Intervenciones Colectivas (actividades de salud pública).

85. ¿Qué beneficios trae esta nueva forma de pago para las 4 Subredes Integradas de Servicios de Salud?

- Eficiencia en el uso racional de su capacidad instalada en cuanto a mano de obra e infraestructura.
- Reducción de autorizaciones en el Plan Obligatorio de Salud (POS).
- Operación real como redes integradas de servicios de salud (Capital Salud, Subredes y SDS).
- Fortalecimiento de la relación entre Capital Salud, Subredes y SDS.
- Optimización de tiempos de atención para los usuarios.
- Simplificación de los procesos de facturación, cartera, glosa y auditoría.
- Mejoramiento de la gestión clínica por incentivos de desempeño.
- Mayor competitividad para atraer nuevos pagadores del régimen contributivo y regímenes especiales.
- Mejora la liquidez de las Subredes.
- Incentiva la sostenibilidad financiera de las Subredes.

86. ¿Qué beneficios trae esta nueva forma de pago para Capital Salud y el FFDS, es decir para los Aseguradores?

- Fortalecimiento de la relación entre Capital Salud, Subredes y SDS.
- Reducción del proceso de autorizaciones en el POS.
- Simplificación de los procesos de facturación, cartera, glosa y auditoría.
- Reducción en los costos de procesos administrativos y de prestación de servicios.
- Promueve la eficiencia administrativa por los incentivos de desempeño que reciben.
- Favorece la sostenibilidad financiera de la EPS.
- Disminución de la aparición de las enfermedades y en consecuencia de la carga asistencial, producto de incentivar las actividades de promoción y prevención de manera individual (POS) y colectiva (PIC).



87. ¿Qué mecanismos establece el nuevo modelo de remuneración para que las 4 Subredes logren la eficiencia planteada?

- Un valor estimado, a reconocer por los servicios prestados y calculado con base en costos, producción y rendimiento eficiente. Por consiguiente, para la Subred que logre eficiencia el valor estimado será competitivo, y para la Subred que sea ineficiente el valor estimado generará déficit.
- Las sendas o mecanismo de cumplimiento gradual de la eficiencia en el tiempo, establecidas para cada Subred.
- Entrega de incentivos monetarios adicionales por cumplimiento de indicadores de calidad e impacto en la salud de las comunidades.

88. ¿Cómo se calcularon los valores estimados en el Nuevo Modelo de remuneración?

Se calcularon con base en la información de 2015 relacionada con costos, producción y rendimiento de las 22 Unidades de Servicios de Salud (hospitales) de la red pública del Distrito, para identificar el costo más eficiente por cada actividad final, es decir el menor costo con la mayor producción.

89. ¿Sobre qué indicadores se evaluará el cumplimiento de las Subredes para reconocer incentivos monetarios?

Las Subredes Integradas de Servicios de Salud tienen como meta mejorar la calidad de los servicios y el impacto en la salud de sus comunidades, optimizar el costo y mejorar la producción. Por lo tanto, el nuevo modelo de pago o remuneración contempla indicadores, establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, que miden el cumplimiento de estos aspectos por cada Subred.

90. ¿Todas las actividades en salud se pueden pagar a través de este nuevo modelo de remuneración?

No. Existen algunas actividades, denominadas outliers, que por su costo elevado, baja frecuencia y su comportamiento irregular frente a la tendencia distrital, no se pueden asimilar a los valores estimados del nuevo modelo. Es el caso de las actividades de oncología, gran quemado, entre otras.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD

Secretaría de Salud

91. ¿Cómo se hará el pago de las actividades que no se pueden pagar a través de este nuevo mecanismo?

Estas actividades se pagarán tomando como referencia el Manual Tarifario SOAT, menos un porcentaje definido con las 4 Subredes Integradas de Servicios de Salud.